



KAMMER FÜR
ÄRZTINNEN
UND ÄRZTE
IN WIEN

Österreichische Ärztekammer
z.Hd. Frau Dr.ⁱⁿ Jutta Adlbrecht
Weihburggasse 10-12
1010 Wien

Tel. (01) 51501/1286 DW
Fax (01) 5126023/1286 DW
@: stern@aekwien.at
www.aekwien.at

Per Mail an: post@aerztekammer.at

Betrifft: Stellungnahme zu den Entwürfen der DokuG-Novelle 2025 und der Gesundheitsdokumentationsverordnung Novelle 2025

Wien, am 6. November 2025

Sehr geehrte Frau Dr.ⁱⁿ Adlbrecht,

bezugnehmend auf das ÖÄK-Rundschreiben 179 / 2025 bedankt sich die Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien zur Möglichkeit der Abgabe einer Stellungnahme zur Novelle des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen 2025 (DokuG-Novelle 2025) sowie zur Gesundheitsdokumentationsverordnung Novelle 2025 und darf diese innerhalb offener Frist nachfolgend wie folgt Stellung nehmen:

1. Begutachtungsfrist

Seitens des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) wurde zur Begutachtung der übermittelten Entwürfe eine demokratiepolitisch bedenklich knappe Begutachtungsfrist eingeräumt. Eine so kurz bemessene Begutachtungsfrist unterläuft dem sich aus dem Demokratieprinzip des Art 1 B-VG abgeleiteten verfassungsrechtlichen Gebot einer effektiven Mitwirkung der Öffentlichkeit sowie betroffenen Institutionen an der Gesetzgebung, da sie die sachgerechte Ausübung des Stellungnahmerechts im Begutachtungsverfahren erheblich erschwert bis faktisch verunmöglicht. Eine fundierte inhaltliche Auseinandersetzung sowie eine sorgfältige Prüfung der rechtlichen und fachlichen Auswirkungen werden dadurch verhindert und die Möglichkeit, qualifizierte Rückmeldungen einzubringen, erheblich eingeschränkt. Dies steht im Widerspruch zu demokratischen Prinzipien, die Transparenz, Partizipation und faire Mitbestimmung erfordern. Eine echte Beteiligung der betroffenen Interessensgruppen ist nur gewährleistet, wenn ausreichend Zeit für

eine sachgerechte Beurteilung und Partizipation eingeräumt wird. Die Verkürzung solcher Fristen gefährdet sohin die Qualität des Gesetzgebungsprozesses und das Vertrauen in politische Entscheidungen.

Dies vor allem auch angesichts der mit dem Gesetzesvorhaben verbundenen Inventionen und damit einhergehenden technischen Anpassungen. Es ist für die Ärzteschaft inakzeptabel, dass keine zwei Monate (!) vor Inkrafttreten einer derart umfassenden und für die Praxis mit erheblichen Auswirkungen einhergehenden Gesetzgebung, eine Vielzahl von teils verfassungsrechtlich sowie datenschutzrechtlich bedenklichen Fragestellungen sowie technischen Fragestellungen unbeantwortet sowie unbedacht bleiben.

2. Datenübermittlungsweg

In § 1 Z 1 bis 4 DokuG, BGBl. I Nr. 191/2023, werden die Zwecke für die Dokumentation von gesundheitsbezogenen Daten im intra- und extramuralen ambulanten und im stationären Versorgungsbereich wie folgt dargelegt:

1. Zur Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung durch
 - a) langfristige Beobachtung von gesundheitspolitisch relevanten epidemiologischen Entwicklungen (Erkrankungen, Morbidität und Mortalität) und von krankheitsfallbezogenen Versorgungsabläufen zur Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität,
 - b) Durchführung einer am Patientenbedarf ausgerichteten integrierten Gesundheitsstrukturplanung, die alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche umfasst,
 - c) Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen insbesondere für sektorenübergreifende Leistungsverchiebungen,
2. für die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden, sektorenübergreifenden österreichischen Qualitätssystems insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität, insbesondere zur Umsetzung von § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013, in der jeweils geltenden Fassung,
3. zur Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Dokumentation in allen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen,
4. für die Implementierung, Durchführung und Beobachtung (Monitoring) der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit gemäß Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit.

Wie nachfolgend aufgezeigt wird, sind die auf Grundlage der vorliegenden Entwürfe zu generierenden Daten nicht geeignet, den gesetzlich determinierten Zwecken des Gesetzes zu entsprechen.

Die dem BMASGPK seitens der ÖÄK seit Monaten mehrfach präsentierte Lösung eines praktikablen Datenübermittlungswegs, findet in der Novelle keinerlei Beachtung. Ohne die Mitarbeit von Ärzt*innen als „Schnittstelle“ zu den Patienten*innen ist eine Codierung faktisch verunmöglicht. Eine Nichteinbindung sowie Nichtberücksichtigung des dringend gebotenen Änderungsbedarfs sowie der konstruktiven Lösungsansätze seitens der Interessensvertretung der Ärzt*innen ist daher schlichtweg inakzeptabel. Stattdessen wird an einer Lösung festgehalten, die dazu führt, dass Daten durch die Verknüpfung mit der Leistungsabrechnung stark verzögert übermittelt werden. Auf diese Weise kann beispielsweise kein aktuelles Infektionsgeschehen abgebildet werden. Eine Diagnosecodierung, die es nicht vermag, ein aktuelles Infektionsgeschehen abzubilden, ist epidemiologisch zwecklos und ein dem Aufwand gegenüberstehender Nutzen ist nicht erkennbar.

Sollte am bestehenden Datenübermittlungsweg – der Leistungs- und Diagnosecodierung verknüpft – festgehalten werden, ersucht die Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, vor dem Hintergrund der oben zitierten Zwecke, Zielsetzungen und sohin gehend auch dem Anwendungsbereich des Gesetzes, um Klarstellung, welche Anwendungsbereiche ausgenommen sind. Zu einem **Nicht-Anwendungsbereich** deklariert werden muss **jegliche Möglichkeit der Streichung von Leistungen durch die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten aufgrund codierter Diagnosen. Das Gesetz muss ausschließen, dass tatsächlich erbrachte und abgerechnete Leistungen von Vertragsärzt*innen aufgrund der codierten Diagnose(n) nicht honoriert werden bzw. bei Wahlärzt*innen die Kostenrückerstattung nicht erfolgt.**

3. Codierregeln

Im Rahmen dieser Stellungnahme ist auch auf die **Codierregeln** einzugehen, die **fernab jeglicher Praxistauglichkeit** sind, wie in den folgenden Beispielen veranschaulicht werden soll. Dies wiederum birgt die Gefahr in sich, Daten zu „produzieren“ und zu sammeln, die am Sinn und Zweck des Gesetzes vorbeigehen. Darauf basierende Planungen für die Ausgestaltung der Gesundheitslandschaft laufen somit Gefahr an den Bedürfnissen der Patient*innen sowie der Stakeholder im Gesundheitswesen im Allgemeinen vorbeizugehen.

3.1. Verdachtsdiagnosen

Das Handbuch „Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich“ des BMASGPK schließt beispielsweise die Codierung von Verdachtsdiagnosen aus. Als Beispiel darf ein Kind herangezogen werden, bei diesem im zeitlichen Zusammenhang mit der Einnahme von Penicillin der dringende **Verdacht auf** Penicillinallergie besteht. Hier sollte und muss mit Verdacht auf Penicillinallergie codiert werden können. Dies ist eine wesentliche Gesundheitsinformation, wohingegen das feststellbare schwerwiegendste Symptom möglicherweise lediglich eine Schwellung ist. Vor allem in Hinblick auf die

künftige e-Diagnose, wo Ärzt*innen die Diagnosen anderer Ärzt*innen einsehen werden können, hat die Verdachtsdiagnose hier einen höheren Stellenwert bzw. **weitreichendere Auswirkungen für allfällige Folgebehandlungen** als das Symptom Schwellung.

3.2. Reduktion auf eine Hauptdiagnose

Die Reduktion auf eine Hauptdiagnose kann die **Komplexität** der meisten Patient*innen im zum Beispiel internistisch/kardiologischen Setting **nicht abbilden**. Die Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien ersucht daher um eine Re-Evaluierung dieser Einschränkung. Es braucht eine vernünftige patient*innenzentrierte, strukturierte Dokumentation – auch im Hinblick auf die geplante „patient summary“.

3.3. e-Health-Codierservice

Zudem ist das e-Health-Codierservice trotz Produktivbetrieb mangelhaft. Wenn man im Codiersystem als Diagnose „*Zervicaler Schwindel*“ eingibt, erscheint als SNOMED Diagnose die Nummer 84769001 und als ICD-10-Diagnose „Schwindel zentralen Ursprungs“. Dies ist medizinisch nicht korrekt, denn ein „*Zervicaler Schwindel*“ ist kein „*Schwindel zentralen Ursprungs*“, sondern verursacht durch Muskelverspannungen, Fehlhaltungen etc., d.h. peripher bedingt.

3.4. Qualitätsverlust statt Qualitätsgewinn

Wir geben zu bedenken, dass die Diagnosecodierung einen Qualitätsverlust in der Kommunikation mit sich bringen kann, da nur die Begriffe der Bibliotheken verwendet werden können. Sogar ist eine strukturierte Diagnoseerfassung ausschließlich für Statistiken im Nachhinein anzuwenden, aber **ungeeignet für die Kommunikation im Behandlungsprozess** selbst. Die im Vorblatt getätigte Aussage, dass die angestrebte Vorgehensweise zur Digitalisierung des Gesundheitswesens eine Verbesserung darstelle, wird seitens der Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien als unrichtig zurückgewiesen. Vielmehr führt die Verteilung der Kompetenzen zwischen ELGA GmbH, SVC und IT-SV zu Koordinationsschwierigkeiten als Folge unterschiedlicher Zielsetzungen (Beispiel eMedikation / e-Rezept / Honorierungsabwicklung Apotheken).

Die derzeitige Ausgestaltung bildet die medizinische Realität nicht adäquat ab und ist daher nicht praxistauglich. Dadurch entsteht das Risiko, dass die erfassten Daten ein verzerrtes Bild liefern und somit als fehlerhafte Grundlage für gesundheitspolitische Planungen dienen. Die Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien warnt ausdrücklich vor den möglichen Konsequenzen, wenn Entscheidungen im Gesundheitswesen auf nicht validen Daten beruhen. Um die Qualität und Aussagekraft der Datengrundlage sicherzustellen, ist eine enge Einbindung der Ärzt*innen unerlässlich. Nur sie verfügen über die notwendige Erfahrung aus der unmittelbaren Arbeit mit Patient*innen und können gewährleisten, dass die medizinische Realität sachgerecht und praxisnah abgebildet wird.

4. Fördermittel

Sämtliche Fördergelder in Höhe von **EUR 17 Mio.** sind in das e-Health-Codierservice geflossen und erleichtern den Softwarehersteller*innen die Implementierung. Ärzt*innen werden von der Fördermöglichkeit ausgeschlossen, obwohl ihnen Kosten entstehen (**Implementierungskosten zwischen EUR 1.200,- bis EUR 1.800,- zzgl. monatlicher Kosten**). Die Ärzteschaft, die zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen angehalten ist, ist zudem potenziell von einer Verwaltungsstrafe im Falle der Nichterfüllung bedroht.

Außerdem zeigt die in den Erläuterungen beschriebene Zielsetzung, dass die maßgeblichen Nutznießer das Ministerium, die Sozialversicherung sowie die GÖG sind. Es ist nicht vertretbar und schlichtweg inakzeptabel, dass der gesamte Aufwand inklusive sämtlicher Kosten den Ärzt*innen auferlegt wird. Zukünftig wird zudem ein wesentlicher Teil der ärztlichen Arbeitszeit für die Codiertätigkeit aufzuwenden sein um den Anforderungen des Gesetzes mit unklarem Ziel und Nutzen für das Gesundheitssystem gerecht zu werden. Die dafür aufgewendete Ressource fehlt in der Patient*innenbetreuung, die bereits jetzt am Limit ist. Die Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien ersucht daher um die gesetzliche Verankerung einer Fördermöglichkeit.

5. Technische Ausgestaltung

Wie in Punkt 4 Fördermittel beschrieben, verlangen manche Softwarehersteller*innen, trotz gefördertem e-Health-Codierservice, nicht nachvollziehbare Summen. In den EB zur DokuG-Novelle 2025 wird als Erleichterung darauf hingewiesen, dass *„Datenmeldungen [...] im Wege bestehender Schnittstellen und Satzarten bzw. bekannter Prozesse erfolgen“* (ME/64 28. GP Erläut 1.). Daraus wird hierorts geschlussfolgert, dass der Erwerb des Codiertools nicht verpflichtend ist. In der Folge ergibt sich jedoch die Frage, welche technischen Schritte bei Selbstorganisation zumindest erforderlich sind, um die gesetzliche Pflicht der ICD-10-Codierung und die gesetzeskonforme Übermittlung zu erfüllen?

In diesem Zusammenhang sei auch auf die Formulierung in der § 6a Abs. 3 6 DokuG-Novelle 2025 verwiesen, welche widersprüchlich zu den EB (ME/64 28. GP Erläut 3.) erscheinen. Im Sinne der Rechtssicherheit ersucht die Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien um Präzisierung, welche Ärzt*innen, abhängig von ihrem Vertragsstatus zu gesetzlichen Krankenversicherungsträgern / Krankenfürsorgeanstalten, welche Patient*innendaten auf welchem Weg zu übermitteln haben bzw. in welchen Fällen eine Übermittlung nicht zu erfolgen hat.

Da es im Hinblick auf die technische Umsetzung noch so viele offene Fragen gibt, ist eine Implementierung ab 1. Jänner 2026 realitätsfern. Beispielsweise ist die Umsetzung der Schnittstelle für Leistungserbringer*innen aus dem extramuralen ambulanten Bereich ohne Kassenvertrag noch nicht erfolgt. Für die Anpassungen in den Ordinationen müssen Techniker*innen der Provider bzw. Softwarehersteller*innen herangezogen werden und vor Ort die notwendigen technischen Voraussetzungen schaffen – ein Prozess, der erheblichen Zeitaufwand erfordert und sich keinesfalls kurzfristig realisieren lässt. Ein rechtskonformes

Vorgehen ist für die Rechtsunterworfenen erst dann möglich, wenn das Gesetz und die Verordnung kundgemacht wurden und damit verbindliche Geltung erlangt haben. Sollte dennoch am derzeitigen Zeitplan festgehalten werden, besteht die Gefahr, dass Ärzt*innen aufgrund nicht von ihnen zu vertretender Verzögerungen seitens des Gesetzgebers Verwaltungsstrafen nach dem Ärztegesetz riskieren würden – ein Umstand, der rechtlich und sachlich keinesfalls vertretbar ist. Eine Kundmachung vor Mitte Dezember ist unrealistisch: Die Umsetzung würde damit in die Weihnachtszeit fallen – eine Phase mit eingeschränktem Ordinations- und Technikbetrieb, was eine reibungslose Einführung ausschließt.

6. Zu § 6a Abs. 4 DokuG – Novelle 2025

Die grundsätzliche Wahlmöglichkeit für Leistungserbringer*innen zwischen den Honorarordnungen einer gesetzlichen Krankenversicherung für die Übermittlung der gesetzlich geforderten Leistungen wird ausdrücklich begrüßt. Die Wahlmöglichkeit wäre jedoch dann vollumfänglich gewährleistet, wenn von dieser auch die Kataloge der Krankenfürsorgeanstalten umfasst wären. Daher erscheint eine diesbezügliche gesetzliche Ergänzung unabdingbar.

Der Entfall der Übermittlungspflicht, sofern keine Pflicht zur Nutzung der e-card-Infrastruktur besteht, stellt eine erforderliche Anpassung dar, die ebenfalls begrüßt wird. Nachdem sich die Interpretation der Verhältnismäßigkeit im Rahmen der e-card-Infrastruktur nur auf Wahlärzt*innen bezieht, wird um Klarstellung ersucht, inwiefern auch Vertragsärzt*innen von der Übermittlungspflicht ausgenommen sind. Härtefallkonstellationen, wie etwa eine baldige Zurücklegung des Kassenvertrags ohne weiterführende wahlärztliche Tätigkeit oder der Verzug ins Ausland, müssen auch für Vertragsärzt*innen Berücksichtigung finden und zu entsprechenden Ausnahmen vom gesetzlichen Anwendungsbereich führen.

7. Kriterium der Erstattungsfähigkeit

Aus der Praxis ergeben sich zwischenzeitig Fragestellungen in Zusammenhang mit dem Begriff der „sozialversicherungsrechtlichen Erstattungsfähigkeit“ von Leistungen als Kriterium für eine Verpflichtung zur Diagnose- und Leistungscodierung für Leistungserbringer*innen aus dem extramuralen ambulanten Bereich (vgl. v.a. § 6 Abs 3 und 4 DokuG, BGBl. I Nr. 191/2023). Auch wenn davon auszugehen ist, dass die diesbezügliche Kategorisierung, welche den Ärzt*innen obliegt, nicht auch auf andere Rechtsbereiche oder Rechtsbeziehungen durchschlägt und so etwa im Falle des Irrtums die tatsächliche Erstattungsfähigkeit einer Leistung präkludiert, erscheint, im Sinne der Rechtssicherheit, eine entsprechende Klarstellung an geeigneter Stelle erforderlich.

Auch Patient*innenseitig ergeben sich Fragestellungen mit der sich die Ärzteschaft in der Praxis in sehr naher Zukunft konfrontiert sehen wird:

- Insofern Patient*innen Leistungen in Anspruch nehmen, die grundsätzlich sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig sind, die Behandlung jedoch nicht auf Grundlage des Sachleistungsprinzips geltend machen wollen, sondern als Privatbehandlung wünschen, stellt sich die Frage, ob in diesem Fall eine Codierpflicht im Sinne der hier einschlägigen Rechtsbestimmungen ausgelöst wird?
- Insofern Patient*innen eine Behandlung auf Grundlage des Sachleistungsprinzips in Anspruch nehmen, jedoch den Wunsch äußern, dass diese von dem*der Leistungserbringer*in nicht codiert und nicht an die weiteren Stellen übermittelt wird, ersucht die Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien um Klarstellung, inwiefern dieses Wahlrecht sichergestellt ist und welche Möglichkeiten die Leistungserbringer*innen haben, um diesem Wunsch der Patient*innen nachzukommen.
- Wird es analog zu ELGA eine Opt-out Lösung für die Patient*innen für die nun vorgesehene verpflichtende Datenübermittlung im Sinne der Diagnosecodierung geben?

8. Qualitätsrat

In der Zusammensetzung des Qualitätsrats fehlt als wesentlicher Stakeholder die gesetzliche Vertretung der Ärzt*innen. Die geplante Zusammensetzung aus Vertreter*innen der Zielsteuerung Gesundheit, also des Bundes, der Bundesländer und der Sozialversicherung kann keinesfalls als unabhängig bezeichnet werden, da diese selbst als Anbieter medizinischer Leistungen auftreten.

In der Vergangenheit haben Projekte wie das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm bereits gezeigt, dass die reine Sammlung von Daten, ohne Evaluierung dieser und keinerlei damit einhergehender Schlussfolgerungen aus dem Datenmaterial, keinerlei Nutzen auf die Verbesserung der Versorgungssituation der Bevölkerung hat.

9. Succus

Abschließend ist festzuhalten, dass die vorliegenden Entwürfe dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot nach Art. 18 Abs. 1 B-VG derzeit nicht entsprechen. Das in Art. 18 Abs. 1 B-VG verankerte Rechtsstaatsprinzip verpflichtet die gesamte staatliche Verwaltung nur auf Grundlage von Gesetzen tätig zu werden. Das materielle Substrat dieser Bindung ist das Gebot der hinreichenden inhaltlichen Bestimmtheit von Gesetzen (Determinierungsgebot). Dieses wurde vom VfGH seit VfSlg 176/1923 entwickelt und gilt als allgemeiner Grundsatz des Art. 18 B-VG.

Das Determinierungsgebot verlangt, dass alle wesentlichen Elemente einer Regelung bereits im Gesetz selbst festgelegt sind. Nur so ist die demokratische Legitimation, die Vorhersehbarkeit für die Rechtsunterworfenen und die gerichtliche

Kontrolle des Verwaltungshandelns gewährleistet. Der Gesetzgeber muss daher die Zuständigkeit der Behörde, den Inhalt des Verwaltungshandelns (einschließlich der zu erlassenden Rechtsakte) sowie das Verfahren hinreichend genau regeln.

Die im Rahmen der Stellungnahme aufgezeigten Unklarheiten zu Schnittstellen, Dateninhalten und Übermittlungspflichten etc., lassen weder eine rechtssichere Umsetzung noch eine verlässliche Beurteilung verwaltungsstrafrechtlicher Risiken zu. Solange das Gesetz zudem nicht kundgemacht ist, fehlt es an einer verbindlichen Rechtsgrundlage für eine gesetzeskonforme Umsetzung. Zwischen Kundmachung und Inkrafttreten verbleibt eine unverhältnismäßig kurze Umsetzungsfrist. Diese fehlende Vorhersehbarkeit und Planbarkeit ist nicht nur aus rechtsstaatlicher, sondern – wie auch schon die überaus kurze Begutachtungsfrist selbst – demokratiepolitisch mehr als bedenklich.

Mit vorzüglicher Hochachtung



OMR Dr. Johannes Steinhart
Präsident